

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 juillet 1904, à 1 heure

PAR

Raymond LARMANDIEU

DE LA VALEUR COMPARÉE

DE DEUX

TRAITEMENTS DE L'HYDROCÈLE

Résection totale et Eversion de la Vaginale

Président : M. TERRIER, Professeur.

RECLUS, Professeur.

Juges : MM. LEJARS, Agrégé.

LEGUEU, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen
Professeurs.....

M. DEBOVE
MM.

POIRIER.
CH. RICHET.
GARIEL
GAUTIER
BLANCHARD
BOUCHARD
HUTINEL
BRISAUD.
LANNELONGUE
CORNIL.
MATHIAS DUVAL
BERGER.
POUCHET
GILBERT.
N....
BROUARDEL
DEJERINE
CHANTEMESSE
LANDOUZY
HAYEM
DIEULAFOY
DEBOVE
GRANCHER
JOFFROY.
GAUCHER
RAYMOND
FERRIER
DUPLAY.
LE DENTU
TILLAUX
DE LAPERSONNE
GUYON
PINARD
BUDIN
POZZI.
KIRMISSON

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....

Clinique médicale.....

Maladies des enfants.....
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

Aggrégés en exercice

MM.	MM	MM.	MM
ACHARD	FAURE	LEGRY.	RIEFFEL (chef des
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEGUEU	travaux anatomiques)
BEZANÇON.	TOURETTE.	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIERY
BROCA Auguste.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX
BROCA Andre.	GUIART.	MERY.	THOINOT
CHASSEVANT	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALLICH
DEMELIN.	LANGLOIS	REMY.	WALTHER
DEGREZ.	LAUNOIS	RICHAUD.	WIDAL
DUPRE.			WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tient ni leur donner aucune approbation ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A LA MEMOIRE

DU PROFESSEUR PANAS

M. LE PROFESSEUR FÉLIX TERRIER

Chirurgien de l'hôpital de la Pitié

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS QUÉNU,
GOSSET

Chirurgiens des hôpitaux

MM. LES DOCTEURS CUFFER, LABADIE-
LAGRAVE, BROCC

Médecins des hôpitaux

M. CHAMPETIER DE RIBES

Accoucheur des hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FÉLIX TERRIER

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

L'hydrocèle vaginale, affection bénigne et dont l'étiologie est si obscure, expose parfois les chirurgiens à de cruels mécomptes. Aussi n'est-il pas surprenant de constater que les traitements, dirigés contre elle, sont nombreux et que tout procédé nouveau jouit toujours d'une certaine vogue.

Si l'incision fut pratiquée de Celse à Ambroise Paré on eut par la suite recours à des interventions moins hardies et, dans la première moitié du xix^e siècle, les méthodes non sanglantes sont presque seules en honneur :

C'est la ponction simple, procédé purement palliatif et qui s'accompagne invariablement de récurrence ; c'est la ponction suivie d'injection irritante qui doit produire une inflammation adhésive entre les feuillets de la vaginale, procédé dont les résultats sont presque aussi incertains.

Ces méthodes peu sûres et aveugles devaient dispa-

raître devant l'antisepsie qui allait permettre d'intervenir avec plus de hardiesse et de sécurité.

En 1876, Volkmann incise la vaginale; peu à peu les procédés deviennent progressivement plus audacieux; on devine que les chirurgiens éprouvent la nécessité d'arriver à un mode opératoire offrant en même temps que toutes les chances de succès immédiat toutes les garanties pour l'avenir, et on les voit essayer de supprimer aussi complètement que possible, sinon la cause, du moins l'organe qui produit l'hydrocèle.

En 1884, Julliard résèque une partie de la vaginale; les travaux se multiplient, le procédé de Julliard subit plusieurs modifications, et enfin, en 1885, Bergmann, le premier, essaie l'extirpation totale de la vaginale.

Ce dernier procédé ayant une incontestable supériorité sur tous les autres et donnant des résultats à peu près certains fut adopté par tous les chirurgiens et il semblait que le dernier mot était dit sur la cure sanglante de l'hydrocèle.

Mais en 1895 apparaît une nouvelle opération dont la vogue s'explique par sa grande simplicité et la rapidité avec laquelle on l'exécute: c'est l'éversion de la vaginale consistant à retourner le feuillet pariétal de la vaginale autour du testicule comme un doigt de gant. Ce feuillet devient une gaine séreuse

remontant plus ou moins loin sur la hauteur du cordon, face lisse en dehors.

Après avoir retracé rapidement les divers traitements de l'hydrocèle, nous décrirons la méthode de l'excision totale, nous ferons l'histoire de l'éversion en montrant les modifications successives qui ont été apportées dans son exécution.

Enfin nous terminerons par la comparaison qui découle tout naturellement de la description faite par nous de ces deux méthodes.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153304_0102

I

Des divers traitements de l'Hydrocèle.

1° APPLICATIONS EXTÉRIEURES

La vésication, les courants électriques, la compression du scrotum par des suspensoirs en tissu élastique, les badigeonnages avec diverses substances, telles que le chlorydrate d'ammoniaque et la teinture d'iode, sont autant de méthodes qui, après avoir été successivement essayées, n'ont pas tardé à être délaissées après constatation de leur inutilité.

2° ÉVACUATION PAR PONCTION

Connue de Galien, elle était pratiquée au Moyen Age, notamment par Jean de Vigo qui la conseillait deux fois l'an ; elle s'accompagnait en effet fatalement

de récidence et l'on devait soumettre régulièrement le malade à des ponctions successives. Ce procédé n'était pas sans danger et sous ces traumatismes répétés la vaginale s'épaississait et la vaginalite se transformait en pachyvaginalite.

Cette ponction se pratiquait de deux manières :

a) La ponction à l'aide d'une aiguille creuse qui conduit à l'extérieur le liquide de la poche.

b) La ponction blanche, faite avec une aiguille pleine et amenant la diffusion du liquide dans le tissu cellulaire des bourses. De la ponction blanche se rapprochent l'acupuncture de Cumin (de Glasgow) et la dissection sous-cutanée de Jobert (de Lamballe).

3° IRRITATION DE LA VAGINALE APRÈS ÉVACUATION

Les substances les plus variées furent employées :

Dupuytren injecte du vin chaud et Gerdy de l'alun. Le perchlorure de fer est employé par Cuignet (de Lille), le chloral à 10 0/0 par Sée et Polaillon est partisan du chlorure de zinc à 10/0.

Richet utilisait le sublimé à 1 0/0, Lawrie reprend ce traitement en 1891 et injecte 8 grammes d'une solution saturée de sublimé dans la glycérine.

Levis injectait dans la vaginale deux grammes d'acide phénique pur liquéfié; ce procédé ayant occasionné quelques intoxications et provoqué des abcès du scrotum fut abandonné. Cependant Audouin, en 1897, lave la vaginale avec une solution à 30/0, jusqu'à ce que le liquide ressorte parfaitement clair.

Ponsard, dans sa thèse en 1895, conseille l'injection de quelques grammes d'une solution d'éther iodoformé à 1/10.

En 1849, Defer (de Metz), après avoir pratiqué la ponction, cautérise la surface de la vaginale à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent pur ou mélangé à un tiers de nitrate de potasse. Ce procédé avait l'inconvénient d'être très douloureux et exposait à la vaginalite suppurée.

La teinture d'iode devait obtenir la confiance des médecins et faire tomber toutes les autres substances dans l'oubli. Martin (de Calcutta), s'en servit le premier et elle fut adoptée en France grâce à Velpeau. Longtemps employée d'une façon presque exclusive, elle a vu sa vogue diminuer à la suite de divers reproches qui lui ont été faits : on a piqué quelquefois le testicule avec la pointe du trocart et dans un cas de Velpeau « le trocart y pénétra si profondément que l'injection seule put le détacher. »

Dans d'autres cas, la canule ayant quitté la vaginale, la teinture d'iode fut poussée dans les lames

séreuses des bourses, provoquant un phlegmon gangréneux qui, quelquefois, entraîna la mortification complète du scrotum et amena la mort. Enfin la récurrence serait fréquente et varierait entre 4 et 12 0/0.

Cependant cette méthode est restée d'une pratique assez courante et, parmi les chirurgiens, M. Sébilleau s'est constitué son plus chaud défenseur et la préfère à toutes les méthodes sanglantes.

4^o OUVERTURE DE LA VAGINALE

Ce mode de traitement n'est pas récent : A. Paré, Scharp (1739), P. Pott l'employaient. Au xix^e siècle, il est adopté par Richerand, quand le diagnostic est incertain, par Malgaigne, lorsque la vaginale semble altérée, par Roche et Sanson dans l'hydrocèle multiloculaire.

Mais Gerdy considère l'incision comme un procédé « à peine excusable chez les chirurgiens ignorants et barbares des temps passés » et Chassaignac la tient pour une « opération mauvaise » ; néanmoins quelques chirurgiens, parmi lesquels Lisfranc, Nélaton, Holmes continuent à la pratiquer.

C'est Volkmann qui en 1876 fait renaître l'incision antiseptique et avec lui commence vraiment la période de la cure radicale qui par stades successifs, en passant par Julliard qui résèque une partie de la vaginale, arrive aux procédés actuels.

Opération de Volkmann :

La malade était endormi au chloroforme ; le scrotum rasé et lavé à l'acide phénique.

Le chirurgien fendait la tumeur sur une longueur de 3 à 4 pouces et arrivé sur la vaginale la ponctionnait et évacuait le liquide.

Il lavait la cavité avec une solution phéniquée à 30/0, suturait la séreuse avec de la soie fine, assurait l'hémostase et fixait la vaginale au scrotum.

Pansement à la gaze antiseptique.

La méthode de Volkmann donna de bons résultats grâce aux mesures antiseptiques prises et ne tarda pas à se généraliser. Kocher (de Berne), Lucke en Allemagne, Jacobson en Angleterre, sont les premiers à l'adopter. En 1830, elle est connue en France, grâce à J. Lucas-Championnière qui la décrit. Lister la pratique, mais remplace l'acide phénique par le chlorure de zinc pour le lavage de la vaginale.

Reverdin la modifie légèrement « il frotte rigoureusement la vaginale avec une solution phéniquée à 50/0 au besoin la racle à la curette si elle est malade, décortique les couches concentriques des pseudo-

membranes s'il en existe et termine en affrontant séreuse contre séreuse, afin de ne pas laisser cette membrane s'interposer dans les lèvres de la plaie ». Il résèque une partie de la vaginale, si « décidément, il y a trop d'étoffe ».

Procédé de Julliard :

Décrit dans la thèse de Mœhling (Montpellier, 1883), il marque la seconde étape de cette évolution dans l'excision de plus en plus complète de la vaginale.

Julliard ouvre la vaginale par une boutonnière faite à la partie supérieure et la sectionne de haut en bas sur le doigt introduit par la boutonnière. Après l'examen attentif du testicule et de la vaginale, celle-ci est réséquée et l'on n'en garde que la quantité nécessaire pour recouvrir exactement le testicule et le cordon.

Ce procédé donna à son auteur, 24 guérisons sur 54 essais.

Augagneur, Reclus, Bazy, Schwatz étudient tour à tour cette nouvelle opération et en constatent les bons effets. Puis le temps ayant permis de juger les résultats éloignés, il semble se produire un revirement défavorable. M. le professeur Reclus, en 1890, rapporte 3 cas de récurrence et Fonvielle, dans sa thèse, déclare que « la récurrence est fréquente aussi bien après la cure radicale qu'après l'injection iodée ».

Mais l'opération de Bergmann commençait à être de plus en plus connue ; c'est d'elle que nous allons-nous occuper maintenant et de l'éversion qui lui est postérieure.

II

Extirpation totale de la vaginale ou opération de Bergmann.

1^o DIFFÉRENTS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Décrite par son auteur en 1885, cette opération fut surtout connue grâce à Bramann, élève de Bergmann, qui publia les premières observations.

Successivement essayée et adoptée à New-York par W. T. Bull, en Angleterre par Southam, à Alexandrie par Zancarol et à Alger par Brault, elle est exposée en 1890 à la Société anatomique par Broca, qui la conseille comme moyen pour éviter à coup sûr les récidives, et Reclus et Lejars en font le sujet de plusieurs de leurs cliniques en 1894 et 1895.

Procédé de Bergmann (1885).

1^{re} Longue incision joignant les deux extrémités supérieure et inférieure faite sur le côté externe et antérieur du scrotum.

2^o Incision de la vaginale sur toute sa hauteur.

3^o Extirpation à l'aide de ciseaux, aussi complètement que possible, du feuillet pariétal de la séreuse qui est réséqué jusqu'au testicule de l'épididyme.

4^o Hemostase attentivement faite pour éviter les hématomes, lavage avec une solution phéniquée à 3 0/0.

5^o Suture. Drain allant jusqu'au testicule.

Procédé de Nicaise (1888).

Pour éviter les hémorrhagies auxquelles expose la dissection du sac avec le bistouri, Nicaise apporte une modification au second temps de l'opération de Bergmann.

Arrivé sur la vaginale, il la saisit avec une pince et la décolle de la tunique fibreuse comme on procède pour le sac péritonéal d'une hernie scrotale.

Procédé de Southam (1897).

1^o Incision verticale de 5 à 7 centimètres sur la face antérieure du scrotum.

2° Ouverture de la vaginale qui laisse échapper le liquide.

3° Décollement, par simple traction avec les doigts, de cette séreuse de chaque côté jusqu'au point où elle se réfléchit sur le testicule et la partie inférieure du cordon et incision d'un coup de ciseau au feuillet pariétal, tout prêt de ce point.

4° Hémostase. Suture. Pas de drain.

Procédé de Routier (1898).

Incision longue d'environ trois centimètres sur la partie antérieure des bourses jusqu'à la vaginale.

Avec le doigt ou un stylet, la vaginale est soigneusement séparée des tuniques fibreuse, musculuse et celluleuse qui la recouvrent.

On ponctionne alors la vaginale par une incision égale à la section cutanée et, pendant que le liquide s'écoule, on prend avec une pince à forcipressure les deux lèvres de la séreuse qui, préalablement décollée, s'hernie facilement au travers de l'ouverture scrotale, en entraînant le testicule avec elle.

Après examen du testicule, de l'épididyme et du cordon, on procède à la résection de tout le feuillet pariétal de la vaginale. C'est le temps délicat où il importe de ne pas léser les organes voisins : épidi-

dyme, canal déférent, artère spermatique et autres éléments du cordon

L'hémostase doit être soigneusement faite car cette région est particulièrement favorable à la production des hématomes.

On rentre le testicule, on suture la peau et on fait un pansement légèrement compressif.

2° AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE L'OPÉRATION DE BERGMANN

Difficultés du manuel opératoire.

Comme on peut le voir par le bref exposé de la méthode de Bergmann et des quelques modifications que les chirurgiens y ont apportées, cette opération est d'une exécution assez facile.

La seule manœuvre délicate consiste dans la résection du feuillet pariétal de la séreuse mais nous ne croyons pas qu'elle puisse constituer un écueil pour un praticien tant soit peu habile.

La section de l'artère spermatique, du cordon ou d'un de ses éléments souvent dissociés, de l'épididyme presque toujours étalé, surtout dans les grosses hydrocèles est un danger commun aux diverses interventions, y compris la ponction.

Cet inconvénient est facile à éviter dans le procédé de Bergmann, car on peut se renseigner par le toucher sur la position de ces organes et voir ce que l'on fait, car par transparence on aperçoit assez aisément, même sur une vaginale épaissie, le cordon et les vaisseaux qu'elle renferme.

Suites opératoires.

De l'avis unanime la réunion est en général parfaite au bout de six à sept jours, la plupart des malades se lèvent vers le huitième et le neuvième jour et quittent l'hôpital entre le dixième et le douzième.

Les hématomes, à la production desquels cette région est particulièrement favorable, seront le plus souvent évités par une hémostase soigneusement faite.

Du reste ils se résorbent rapidement, et s'ils retardent la guérison ils ne sauraient la compromettre sérieusement.

Enfin, par suite des tiraillements produits au cours de l'intervention, il survient presque toujours une certaine tuméfaction qui occupe la queue de l'épididyme, et un peu de gonflement le long du cordon ; mais ce ne sont que des phénomènes fugaces qui

s'atténuent vite et disparaissent sans laisser de traces.

Suites lointaines.

C'est là le point le plus important de la question, et c'est aussi celui qui établit la supériorité de la méthode de Bergmann sur les autres procédés. Tous les traitements, de l'injection iodée à l'ablation partielle de la vaginale de Julliard, avaient donné des récidives aux chirurgiens ; aussi, tous ceux qui pratiquent la résection complète s'inquiètent des suites de cette nouvelle opération, revoient leurs malades dans la mesure du possible et font connaître leurs résultats.

En 1885, Bramann a publié les observations de sept interventions pratiquées par son maître Bergmann ; celui-ci, à son tour, rapporte 20 cas.

En 1886, M. Ardle donne les chiffres suivants :

Injection :	315 cas	41	récidives.
Incision :	238 —	5	—
Excision :	72 —	0	—

W. T. Bull, de New-York, dans 3 cas ; Southam dans 22 (dont la plupart avaient déjà été inutilement

traités par d'autres méthodes) obtiennent d'aussi heureux résultats.

Zancarol (d'Alexandrie) n'a qu'une récurrence sur 58 opérations et Brault, d'Alger, n'en observe aucune sur une quinzaine d'opérations. Les observations de Brault sont publiées dans la thèse de Bourguignaud et l'auteur donne l'assurance que tous les opérés ont été revus plusieurs mois et même un an après leur sortie de l'hôpital.

Enfin, en 1895, Sarrot, dans de nombreuses observations et en 1898 Gouffier, en retrouvant 17 des opérés de M. Routier, constatent l'excellence des résultats éloignés du procédé de Bergmann et l'absence totale de récurrence.

Enfin, il a été démontré que la suppression de la vaginale ne compromettait en rien la fonction du testicule. En effet, M. Louis Perret, de Lausanne, ayant fait la castration de trois lapins et d'un chien, dont la vaginale avait été réséquée 5 mois auparavant, a trouvé une foule de spermatozoïdes vivants dans tous les testicules. En outre, M. Perret dit en parlant des 35 opérés dont il rapporte l'histoire : « Nous avons noté, chez la plupart de nos opérés, un appétit génital normal ; quelques-uns se sont mariés depuis leur sortie de l'hôpital, et sont devenus pères. »

III

Eversion de la vaginale

I

Il semble que ce soit à M. Vautrin, de Nancy, que revienne l'idée première du retournement de la vaginale dans les cas d'hydrocèle ; en effet, dans son traité de pathologie et de clinique chirurgicale, M. Gros fait allusion à plusieurs observations de M. Vautrin dans lesquelles l'inversion de la vaginale aurait donné des résultats satisfaisants.

Mais il ne s'agit là que d'une simple mention et c'est en réalité M. Jaboulay qui, en 1903, essaya, par le retournement des feuillets de la vaginale autour du testicule et du cordon de supprimer la cavité dans laquelle se produisaient les épanchements. Ils faisaient connaître en 1895, la technique opératoire, ses observations et les résultats obtenus.

Quelques mois plus tard, M. Doyen publiait une manière de faire à peu près analogue à celle de M. Jaboulay.

Procédé de Jaboulay :

On distingue deux cas : (*a*) les hydrocèles à forme ordinaire, contenues dans une vaginale close ; (*b*) les hydrocèles congénitales en communication avec la grande séreuse péritonéale.

a) Hydrocèles à vaginale fermée. — Après nettoyage des téguments, une longue incision est menée longitudinalement suivant la saillie, formée par la collection liquide, jusqu'à l'enveloppe fibreuse des bourses.

On arrive alors dans un tissu cellulaire lâche au niveau duquel on rompt avec le doigt les faibles adhérences qui unissent la tumeur aux parties voisines.

Au travers de l'incision du scrotum on peut alors luxer au dehors le testicule avec sa vaginale distendue, comme si l'on voulait pratiquer une véritable castration. Quelques pinces hémostatiques sont rapidement placées sur les vaisseaux qui donnent du sang et qui sont d'ailleurs peu volumineux.

On ouvre l'enveloppe fibreuse de la vaginale sur un point répondant à la face antérieure du testicule et on l'incise sur toute sa hauteur.

On procède alors à l'inversion qui s'obtient par une sorte d'énucléation de dedans en dehors du testicule et par l'englobement de l'épididyme et du cordon par la face externe de la vaginale pariétale. La nouvelle situation de la séreuse est à ce moment définitivement maintenue par un surget au catgut, moyen-

nement serré, qui maintient rapprochées les deux lèvres de la vaginale éversée en arrière.

Enfin on pratique la réintégration de l'appareil testiculaire dans les bourses et on affronte la solution de continuité du scrotum par une suture à la soie ou au fil métallique.

Ces différents temps opératoires peuvent se résumer de la manière suivante :

1° Incision longitudinale du scrotum aussi étendue que dans la cure ordinaire.

2° Décortication du feuillet fibro-vaginal et de son contenu comme si l'on voulait pratiquer une castration.

3° Incision, dans toute sa hauteur, de la vaginale décortiquée, évacuation du liquide et retournement de cette enveloppe autour de la partie inférieure du cordon et de l'épididyme. Fixation dans la nouvelle position par un surget lâche et peu étendu réunissant les deux bords éversés.

4° Réintégration des organes dans la poche scrotale. Sutures cutanées à la soie ou au fil métallique. Drainage à volonté. Pansement faisant suspensoir.

2° Procédé de Doyen.

Anesthésie générale. Une incision cutanée de vingt-cinq millimètres est pratiquée à la partie antéro-inférieure des bourses ; par celle-ci on ouvre la vaginale et on soutient les lèvres de l'incision avec deux pinces à forcipressure : le liquide s'écoule au dehors.

On sort alors rapidement des bourses la totalité de la vaginale, qui s'enuclée sans peine de son enveloppe conjonctive lâche y compris le testicule. On fait hernier ce dernier au travers de l'orifice de la séreuse qui se trouve, de la sorte, en complète inversion ; l'orifice de la vaginale est au besoin agrandi avec les doigts.

Le tout est remis en place et la petite incision cutanée réunie par trois crins de Florence.

Durée : 3 à 5 minutes.

Le procédé de Doyen, un peu postérieur à celui de Jaboulay, n'en diffère que par de légers points de détail ; Doyen ne réunit pas, comme le fait Jaboulay, les bords éversés par quelques points au catgut.

II

A partir de 1895, à la suite des deux publications que nous venons de rapporter, la méthode de l'éversion est essayée par la plupart des chirurgiens qui adoptent soit le procédé de Jaboulay, soit celui de Doyen, ou qui apportent quelques modifications à la technique indiquée par ces deux opérateurs.

Aussi on ne tarde pas à connaître quelques-uns des avantages et des inconvénients de cette nouvelle méthode.

En 1899, M. Legueu (1), le premier, fait connaître les résultats qu'il a obtenus par l'excision appliquée à vingt-deux cas d'hydrocèle ; il a constaté et opéré à nouveau deux récidives, que nous reproduisons :

OBSERVATION I

Récidive de cure radicale par le procédé du retournement

Dans le courant de janvier 1899, une malade se présente à la consultation de Saint-Louis, atteint d'une hydrocèle droite, de

(1) XIII^e Congrès de chirurgie, 1899.

la grosseur d'une orange, transparente. Aucun antécédent génital auquel on peut attribuer cette affection.

Le malade est opéré par le docteur Leguen, par le procédé de l'inversion.

L'opération fut simple, faite à la cocaïne, dura cinq minutes.

L'incision de la vaginale n'était que de 2 centimètres, mais la vaginale retournée ne fut pas fixée dans sa nouvelle position à l'aide de sutures.

Le malade, muni d'un pansement, rentra chez lui : les fils furent enlevés le huitième jour, et rien d'extraordinaire ne fut remarqué à ce moment.

Trois semaines après, le malade se présente de nouveau à la consultation parce qu'il a remarqué que depuis quelques jours **la partie droite du scrotum augmente de volume.**

L'examen démontre qu'une récurrence s'est produite, la peau est tendue, la vaginale atteint le volume d'une petite orange, une nouvelle accumulation de liquide s'est produite.

Le malade voulut bien se soumettre à une seconde intervention à la fin de février, et l'opération fut recommencée par le même procédé.

L'incision démontra que le testicule était à nouveau entré dans la vaginale, et l'on retrouvait sur celle-ci la trace cicatricielle de la dernière opération : le décollement fut plus difficile, car, au niveau de la cicatrice, il restait des adhérences avec le scrotum. Le décollement achevé, le retournement de la vaginale réincisée s'opéra sans difficulté. Le liquide était sero-sanguinolent.

Cette fois, la vaginale fut maintenue éversée par deux points de suture l'unissant au tissu cellulaire du cordon.

La guérison s'effectua en huit jours, et le malade, revu plusieurs fois, ne présente plus trace de récurrence.

OBSERVATION II

M. L..., d'Elbeuf, 35 ans, se présente à nous, atteint d'une hydrocèle simple, à droite, suite d'une orchite survenue quelques mois auparavant.

L'hydrocèle, déjà ponctionnée sans résultat, est du volume du poing, avec un grand prolongement sur le trajet du cordon. Pas de communication avec le canal vagino-péritonéal.

La cure radicale est pratiquée le 12 avril ; analgésie par 5 centigrammes de cocaïne. L'opération dure cinq minutes. Le malade n'a pas eu la moindre sensation douloureuse.

Le malade peut se lever le sixième jour, et les fils sont enlevés le huitième jour. Réunion parfaite.

Récidive. Un mois après, le malade se présente à nouveau avec une récidive de son hydrocèle. Le 21 mai, il est soumis à l'opération, et cette fois encore on constate que la vaginale, qui n'avait pas été fixée à l'aide de point de suture, est refermée.

Cette fois, étant donnée la grosseur de l'hydrocèle, son prolongement dans la région inguinale, la difficulté qui s'en suit de retourner cette vaginale épaissie, on pratique la cure radicale par excision totale de la vaginale.

Le malade a très bien guéri et n'a pas présenté de récidive.

De ces deux observations rapportées au Congrès de chirurgie de 1899, par M. Legueu, il faut rapprocher les deux suivantes, que nous trouvons dans la thèse de Romanesco (Paris, 1901).

OBSERVATION I

G. L., âgé de 30 ans, se présente au mois de juillet 1899 dans le service du professeur Le Dentu. Il est atteint d'une hydrocèle vaginale siégeant du côté droit. Il a eu une orchite au commencement de cette même année.

Le malade est anesthésié à la cocaïne. On fait une longue incision cutanée, une longue incision sur la vaginale et le contenu est évacué. On procède ensuite au retournement de la vaginale, qui est appliquée par sa face externe contre l'épididyme et le cordon. Elle était très distendue ; elle est maintenant très large et flottante, mais elle a conservé sa souplesse et son éversion se fait avec une remarquable facilité. Aussi juge-t-on inutile de le fixer dans sa nouvelle situation. On ne fait aucun point de suture vaginal. On suture le scrotum et l'on applique un pansement compressif.

Ablation des fils au bout de huit jours. Rien à noter. Le malade se lève et sort guéri au bout de quinze jours, sans trace de récurrence.

Mais il revient un mois après, se plaignant de douleurs légères, irradiées le long du cordon. L'examen montre une tumeur lisse, un peu fluctuante, du volume d'une très grosse noix, située au-dessus du testicule, à la partie inférieure du cordon. Cette tumeur présente absolument l'aspect et le caractère d'un kyste au cordon.

L'intervention pour la seconde fois est décidée

Anesthésie à la cocaïne. On constate que la vaginale n'est pas restée dans sa situation éversée dans sa partie supérieure, mais qu'elle est revenue en partie sur le cordon à son origine,

et que, grâce aux nouvelles adhérences constatées à ce niveau, une hydrocèle partielle s'est reconstituée en un mois, donnant cliniquement les caractères d'un kyste du cordon.

La vaginale est décollée de ses nouvelles adhérences, replacée en éversion et, cette fois, deux points de suture la maintiennent dans cette situation.

Le malade sort guéri de l'hôpital.

OBSERVATION. II

Le jeune R. D. est entré le 4 août à l'hôpital Tenon, porteur d'une hydrocèle droite, récidivée. Ce malade a déjà été ponctionné et traité à la teinture d'iode dans un autre hôpital ; mais il a récidivé.

Il a été opéré également ailleurs, par le procédé du retournement, mais il a encore récidivé.

Il se présente avec une tuméfaction arrondie, bosselée, non transparente, assez résistante du côté droit.

Opération le 5 août.

Chloroforme. Longue incision cutanée.

Le testicule se présente, dépourvu de la séreuse, sur la ligne médiane ; le feuillet pariétal gauche de la vaginale est resté dans la position donnée par l'opérateur. Mais le feuillet pariétal qui tapissait le côté droit du testicule est revenu à sa position normale, reformant une demi-vaginale à droite remplie de liquide foncé, légèrement hématique. qu'évacue l'incision de cette poche secondaire.

L'inspection du testicule montre une petite végétation en voie de transformation calcaire, qui est réséquée.

Le retournement de la moitié droite de la vaginale est pos-

sible après libération de quelques adhérences. On la fixe avec soin, par deux points de suture, dans sa nouvelle situation.

Suture du scrotum.

Pansement légèrement compressif.

Au bout de six jours, ablation des fils. Réunion parfaite. Le malade se lève.

Il quitte l'hôpital au bout de dix jours, parfaitement guéri.

Revu un mois après, sans récurrence cette fois.

De ces quatre observations il résulte que la vaginale s'est remise en place, que le feuillet pariétal a repris sa situation et que le testicule repassant dans l'incision qui avait permis de faire l'inversion, reprend, par rapport à la vaginale, une situation régulière.

En outre, M. Legueu a constaté que le retournement est impossible à faire lorsque la vaginale est dure et épaissie, ce qui est assez fréquent dans les hydrocèles anciennes, son observation se trouve dans la thèse de Houdé (Paris, 1900.)

« Le nommé H..., 41 ans, se présente en juin 1899, aucun antécédent génital ; depuis le mois de décembre il se plaint d'un gonflement à la partie gauche du scrotum venu graduellement sans douleur.

« L'examen démontre une tumeur du volume de deux poings, tendue, peu douloureuse et à peine transparente.

« Le malade est opéré le 13 juin, par le docteur Legueu, insensibilisation avec 0 gr. 06 centigrammes de cocaïne.

« Une incision de la peau très grande, jusqu'à la base du scrotum, est pratiquée. La décortication est difficile et douloureuse, la vaginale est dure et très épaissie, la ponction laisse évacuer environ 350 grammes d'un liquide jaune citrin.

« L'éversion de la vaginale est impossible, car l'hydrocèle est ancienne, la tunique très épaissie et développée ; dans ces conditions on fut dans l'obligation de pratiquer l'excision totale de la séreuse.

« Le malade pût être ramené chez lui en voiture et à deux heures de l'après-midi la douleur avait cessé.

« Après cinq jours de repos au lit, le malade peut marcher et reprend peu à peu ses occupations.

« Les fils sont enlevés le huitième jour. »

Les deux premières récidives que nous venons de citer et ce dernier cas dans lequel le retournement de la vaginale fut impossible à exécuter ont amené M. Legueu à énoncer au XIII^e Congrès de chirurgie les détails techniques suivants :

1^o N'inciser le feuillet pariétal de la vaginale que sur une faible étendue, de façon que le testicule soit évaginé avec peine à travers cette incision ; il lui sera ainsi difficile de traverser de lui-même cet orifice et de rentrer dans la vaginale. Si l'on préfère inciser largement il faut empêcher la vaginale, après son retournement le long du cordon, de redescendre : ce résultat peut être obtenu en fixant son bord su-

périeur par quelques points de catgut au tissu cellulaire et aux éléments même du cordon.

2° Il faut que l'éversion soit complète, totale, qu'elle soit effectuée de la même façon sur toute la périphérie du testicule.

Facile en haut et en avant, sur les côtés où la dilatation de la vaginale est à son maximum, elle s'effectue mal et difficilement à la partie postérieure, là où les adhérences celluleuses du testicule au scrotum sont plus difficiles à dissocier. Aussi est-il nécessaire, avant de faire l'incision de la vaginale et après avoir incisé la peau et les enveloppes du testicule jusqu'à la vaginale, excepté, de faire le décollement complet du testicule et de la vaginale d'avec les adhérences celluleuses qui l'environnaient.

Pour être bien faite, l'incision doit être exécutée en dehors du scrotum.

3° Pour que ce procédé soit efficace et employé avec sécurité, il est nécessaire que la vaginale soit souple et que l'hydrocèle soit de petites dimensions ; si la vaginale est rigide et épaissie, le retournement s'effectue difficilement. Si l'hydrocèle est trop volumineuse, on n'arrive que très difficilement à faire le retournement jusqu'à la partie supérieure, il faudrait un décollement trop étendu et l'inversion remonterait trop haut.

Pour conclure : M. Legueu estime que l'inversion est un procédé de choix pour les hydrocèles de petit

et de moyen volume (ne dépassant pas le volume du poing) et pour les séreuses non épaissies, et il l'a utilisée dans les hydrocèles simples et les hydrocèles péritonéo-vaginales avec ou sans hernie.

Au contraire, dans les hydrocèles volumineuses ou dans celles dont la séreuse est épaissie, la résection simple de la tunique vaginale est préférable.

Voici la pratique de l'opération d'après M. Le-gueu :

1° Incision sur le scrotum à toute la hauteur de l'hydrocèle, incision conduite à la séreuse qui est respectée ;

2° Décollement du testicule et de la vaginale. Pour cela, deux doigts sont introduits entre le feuillet pariétal de la séreuse et les enveloppes du testicule qui, libre, est sorti du scrotum avec toute l'hydrocèle ;

3° Incision de feuillet pariétal et évacuation de l'hydrocèle ;

4° Retournement de la séreuse et fixation des bords de l'orifice de la vaginale retournée au tissu cellulaire de cordon, aussi haut qu'il est nécessaire, à l'aide de quelques points de catgut ;

5° Réintégration du testicule dans le scrotum et suture.

III

Avantages en inconvénients de l'éversion.

1° SUITES LOINTAINES

C'est sur les résultats éloignés que se juge la valeur de tout procédé dirigé contre l'hydrocèle, car la possibilité d'une récurrence est le grand écueil de tous les traitements.

Les quatre observations relatées plus haut prouvent que la méthode de l'éversion n'est pas à l'abri de ce danger.

M. Legueu espère qu'en fixant soigneusement la vaginale retournée au tissu cellulaire du cordon et aux éléments même du cordon, il sera possible de l'empêcher de redescendre. En effet, cette précaution opératoire, outre qu'elle favorise la formation d'adhérences, empêche la vaginale d'être entraînée par son propre poids ou de revenir (et elle doit y tendre surtout les premiers jours) dans sa situation première comme le feuillet d'un livre reprend le pli qu'il a longtemps gardé.

Mais nous rapportons à la fin de notre thèse trois observations qui tendent à prouver que, malgré cette fixation la vaginale peut reprendre sa place et donner un nouvel épanchement.

Dans les trois cas que nous citons la suture avait été faite soigneusement par des chirurgiens habiles et consciencieux et rien n'avait été négligé pour assurer le succès final. Cependant l'affection est réapparue nécessitant une nouvelle intervention et l'on a constaté chaque fois que la vaginale était redescendue.

Donc la méthode de l'éversion, quelles que soient les précautions connues jusqu'à ce jour pour la pratiquer, expose à des récives.

2° DIFFICULTÉS DU MANUEL OPÉRATOIRE

L'éversion est une opération d'une simplicité idéale, d'une exécution facile et rapide. Elle réduit le traumatisme chirurgical au minimum, le glonflement opératoire que l'on observe après toutes les opérations sur le testicule ou ses annexes cesse rapidement et la douleur ne tarde pas à disparaître, enfin le testicule reprend vite sa souplesse normale

Mais cette opération ne peut-être pratiquée aussi facilement dans tous les cas : lorsque l'hydrocèle est volumineuse, il est presque impossible de retourner complètement la vaginale de façon à l'étaler sans plis le long du cordon. De même, si la vaginale est rigide et épaissi, comme dans le cas de M. Legueu, l'éversion s'effectue très difficilement.

IV

Etude comparée entre la résection totale et l'éversion de la vaginale.

1° Manuel opératoire.

L'éversion de la vaginale est une opération plus simple que la méthode de Bergmann. Celle-ci est plus longue à exécuter et comprend un temps assez délicat : la résection du feuillet pariétal ; toutefois il est toujours possible de la pratiquer.

Nous avons vu au contraire que le procédé de Jabouley-Doyen ne pouvait être employé lorsque la vaginale est rigide et épaissie. Nous avons constaté également que l'inversion de la vaginale ne s'obtenait que difficilement et d'une façon incomplète dans les hydrocèles volumineuses.

2° Suites opératoires.

Les troubles produits dans cette région si sensible à toute intervention chirurgicale, sont des plus légers pour la méthode de l'éversion. La résection totale

provoque un gonflement plus volumineux de l'épididyme et du cordon et, si l'hémostase n'est pas parfaite, se complique d'hématome.

3° *Suites lointaines.*

C'est sur ce dernier point que la méthode de l'éversion nous semble devoir céder le pas au procédé de Bergmann. Ce dernier nous semble avoir fourni des preuves suffisantes pour qu'on puisse le considérer comme susceptible de ne pas donner de désillusion aux chirurgiens qui l'emploient en empêchant, s'il est bien exécuté, le retour de l'affection.

L'opération de l'inversion n'est pas encore assez connue et pratiquée depuis assez longtemps pour qu'on puisse juger de sa valeur d'une façon formelle et définitive. Cependant nous rapportons dans notre thèse sept récurrences auxquelles elle a donné lieu : un tel chiffre n'a pas été relevé contre la méthode de la résection totale.

OBSERVATION I

(Service de M. le professeur Terrier).

Octave P..., âgé de 39 ans, terrassier, entre le 20 janvier 1900 à la Pitié, service de M. le professeur Terrier, Salle Michon. lit n° 7 pour une tumeur de la partie droite du scrotum qui a apparu il y a trois ans. Cette tumeur a été traitée il y a deux ans par une ponction suivie d'injection iodée mais cela sans résultat.

Actuellement toute la partie droite du scrotum présente une tuméfaction du volume d'une tête de fœtus à terme. Cette tuméfaction remonte au-dessus du pli de l'aîne. empiète au delà de la ligne médiane.

De forme bilobée, elle est étranglée à son tiers inférieur par une bride fibreuse que l'on sent nettement au doigt. Elle ne subit pas l'impulsion de la toux, elle est tendue, rénitente, indolente à la pression et transparente à la lumière.

C'est une hydrocèle vaginale et l'opération est faite le 26 janvier par un interne du service.

1° Incision du scrotum

2° Incision et évacuation de la vaginale.

3° Eversion de la vaginale et fixation des bords éversés à la soie.

4° Suture du scrotum à l'aide de crins.

Les crins sont enlevés le huitième jour, la réunion de la peau des bourses est parfaite, et la malade sort de l'hôpital le 7 février.

Récidive :

Le malade rentre de nouveau dans le service de M. le professeur Terrier. le 20 février 1903.

Il raconte qu'une tumeur a reparu dans la portion droite de ses bourses trois mois après sa sortie de l'hôpital.

Actuellement la tumeur atteint le volume du poing ; elle est indolore mais gêne le malade dans son travail.

Elle remonte jusqu'à l'anneau inguinal externe est renittente, transparente à la lumière, ne subit pas l'impulsion de la toux et ne varie pas de volume, suivant les diverses stations du malade.

On sent, à la palpation, le testicule à la partie inférieure de la tumeur, le cordon est légèrement augmenté de volume.

Opération le 23 février 1903 : Opérateur M. Gosset ; aide, M. Alexandre, chloroforme, M. Bourreau.

On constate que le testicule a réintégré la vaginale. Il existe une fusion partielle de la vaginale et en haut un énorme prolongement remontant dans l'intérieur du canal inguinal.

On procède à la résection totale de la vaginale. l'hémostase est faite à la soie et la suture de scrotum aux crins.

Durée de l'opération, 15 minutes. chloroforme. 22 centig. Ablation des fils profonds le septième jour, et des fils superficiels le neuvième.

Le malade quitte l'hôpital le 11 mars.

OBSERVATION II

(Service de M. le professeur Terrier.)

Louis D..., 59 ans, employé, a eu plusieurs blennorrhagies.

En juin 1902 est entré dans un hôpital de Paris pour une hydrocèle droite de gros volume (la grosseur de deux poings et demi). Il a été opéré par le procédé Jaboulay-Doyen et la vagi-

nale éversée à été fixée par quelques points au catgut. Il est sorti guéri six jours environ après l'opération.

En mars 1903, le malade s'aperçoit que son testicule droit devient plus gros et il éprouve de ce côté-la une sensation de gêne lorsqu'il se fatigue. Il est admis dans le service de M. le professeur Terrier et présente dans la portion droite du scrotum une tumeur ovoïde, régulière, fluctuante, irréductible par la pression, transparente à la lumière et atteignant le volume du poing. On est donc en présence d'une hydrocèle qui a récidivé.

Le malade est opéré le 18 mars par M. Alexandre, interne de service.

On constate que le testicule a réintégré la vaginale.

La vaginale est éversée et fixée à la soie,

Le malade sort guéri le 5 avril.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. Gosset.)

X..., 43 ans, a constaté à la fin de 1898 une tumeur dans la partie droite du scrotum.

Cette tumeur qui n'est ni gênante ni douloureuse augmente graduellement de volume et atteint en 1900 le volume d'une madarine. Elle est irréductible, élastique, transparente.

L'opération est pratiquée en ville le 12 décembre 1902, par un chirurgien des hôpitaux de Paris,

Anesthésie à l'éther : dure une heure car on opère en même temps une hernie inguinale du même côté.

La vaginale est éversée et fixée dans sa position nouvelle à la soie.

Les fils sont enlevés le dixième jour, le malade se lève le quinzième jour et reprend ses occupations.

Récidive : Quatre mois après une nouvelle tumeur apparaît au même endroit grossit progressivement et présente les mêmes caractères que la première.

Une seconde opération a lieu le 22 février 1904, la tumeur atteint à ce moment la grosseur d'un œuf de poule. Cette opération a lieu en ville.

Opérateur : M. Gosset.

Aide : M. Alglave.

Chloroforme : M. Bourreau.

On pratique l'ouverture de la peau à la partie antérieure du scrotum : la couche superficielle est normale.

On procède à la libération partielle de la vaginale avant toute ouverture de façon à faire plus facilement la résection.

Cette vaginale, extérieurement, paraît absolument saine, elle entoure complètement le testicule et présente en avant une ligne de 2 à 3 centimètres de long, blanchâtre, qui masque l'endroit où vraisemblablement fut faite la première incision.

Ouverture de la vaginale qui est mince et souple :

Il s'échappe du liquide citrin et l'on constate que la cavité de la vaginale est très grande et remonte le long du cordon.

On pratique, très facilement, la résection totale de la vaginale ; l'hémostase est assurée par quelques ligatures au catgut et le scrotum est suturé avec des crins de Florence.

Les suites opératoires sont des plus simples et le malade se lève le dixième jour.

Le malade a été revu dernièrement et l'examen a montré que l'opération avait parfaitement réussi.

OBSERVATION IV

(Service de M. le professeur Terrier.)

Philippe A..., 50 ans, chauffeur, entre dans le service de M. le professeur Terrier, le 7 février 1903.

A eu deux blennorragies, la première à 29 ans, la seconde à 44 ans.

Il y a trois ans, le malade a constaté, au niveau de son testicule droit, une tumeur qui allait progressivement en augmentant.

Actuellement, cette tumeur atteint le volume d'un œuf de poule ; elle est indolente, fluctuante, lisse, irréductible et transparente. C'est une hydrocèle vaginale, et l'opération a lieu le 12 février 1903.

Opérateur : M. Gosset.

Aide : M. de Sar.

Chloroforme : M. Bourreau.

On incise les téguments, on pontionne la vaginale et, après l'évacuation du liquide, cette séreuse éversée est fixée par quelques points à la soie dans sa nouvelle position.

Le malade sort guéri le dixième jour.

Récidive. Le malade rentre de nouveau dans le service en avril 1904. Il présente, dans la portion droite du scrotum, une tumeur transparente, fluctuante et irréductible de la grosseur du poing.

L'opération a lieu le 25 avril 1904.

Opérateur : M. Gosset.

Aide : M. Gernez.

Chloroforme : M. Peronnet.

Incision au niveau de l'ancienne : les tissus superficiels ne sont pas adhérents, la peau est bien détachée de la vaginale, facilement énucléée, saille largement entre les lèvres de la plaie ; on le pontionne au bistouri, il en sort un liquide blanc opalin, semblable à celui d'un kyste spermatique, et on en recueille dans une pipette.

On constate qu'il y a deux cavités : une première autour du testicule, ne contenant pas de liquide, et qui est formée par une sorte de vaginale reconstituée ; une seconde, contenant du liquide, du volume du poing, dont on énuclée la poche.

M. Lecène, interne de service, a trouvé dans le liquide recueilli des spermatozoïdes en abondance.

Cette tumeur qui, par tous les signes fournis à l'examen, avait fait croire à une hydrocèle récidivée, est un kyste de l'épididyme.

CONCLUSIONS

L'éversion de la vaginale constitue une opération d'une simplicité idéale, elle réduit le traumatisme chirurgical à son minimum et est d'une exécution aussi rapide que facile.

Mais elle est impossible à pratiquer dans les hydrocèles à vaginale rigide et épaissie.

En outre, elle expose à la récurrence principalement dans les hydrocèles volumineuses.

Le procédé de Bergmann, plus difficile et plus délicat que l'éversion, supprime toute cause de récurrence.

C'est donc à lui que reste l'avantage, quant aux résultats éloignés et il nous semble constituer la meilleure opération pour la cure radicale de l'hydrocèle.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
TERRIER.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer,

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGER. — Trait. de l'hydrocèle par l'éversion simple de la vaginale. *Th.* Paris 1902.
- AUGAGNEUR. — *Gazette hebdomadaire*, 1885. *Lyon médical*. 1885 et 1894.
- AUDOUIN. — Trait. de l'hydrocèle par les grands lavages phéniqués de la tunique vaginale. *Thèse*, Paris 1897.
- BARRAL. — Inversion de la vaginale dans le trait. de l'hydrocèle. *Th.* Lyon 1896.
- BAUDOUIN. — Trait. de l'hydr. vaginale. *Echo médical du Nord*, juin 1898.
- BAZY. — *Archives de médecine*, 1887.
- BÉRARD. — *Province médicale*, mars 1895.
- BLOCH. — Un trait. radical de l'hydrocèle. *Semaine médicale*, février 1898.
- BOURGUINAUD. — Trait. chirurgical de l'H. vaginale. *Th.* Paris 1896.
- BRAMANN. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1885.
- BROCA. — *Journal de médecine et de chirurgie pratique*. 1892. Société anatomique, 1890.
- BULL. — *New York med. Journal*, 1886.
- CARLIER. — Trait. de l'H. vaginale. *Echo médical du Nord*, juin 1898.

- CASTAN. — *Revue internationale de méd. et de chirurgie*, 1888.
- DELBET. — Les variétés de l'H. biloculaire. *Presse médicale*, 1896.
- DELORE. — *Lyon médical*, novembre 1897. *Annale des organes génito-urinaires*, 1898.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*.
- DOYEN. — *Archives provinciales de chirurgie*, novembre 1895.
- ETIÉVANT. — *Lyon médical*, 1897.
- FONVIEILLE. — De l'H. et de ses trait. *Th.* Paris. 1894.
- FOIX. — De la cure radicale de l'H. par l'incision et la résection totale ou partielle de la vaginale. *Th.* Montpellier, 1881.
- FORGUE et RECLUS. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, t. II.
- GAMBIER. — Cure de l'H. par le retournement de la vaginale. *Th.* Paris 1900.
- GERDY. — *Archives générales de médecine*, 3^e série, tome II.
- GOUFFIER. — Contribution à l'étude des trait. de l'H. vaginale. *Th.* Paris 1900.
- GROS, RÖHMER et VAUTRIN. — *Path. et clin. chirurgicales*, tome III.
- HAMONIC. — *Revue clin. d'androl. et gynécol.*, 1902.
- HOLMES. — *The Lancet*, 1895.
- HOUDÉ. — Trait. de l'H. par l'éversion de la vaginale. *Th.* Paris 1900.
- JABOULAY. — *Province médicale*, mars et avril 1895.
- JOBERT (de LAMBALLE). — *Gazette des Hôpitaux*, 1840.
- JULLIARD. — *Revue de chirurgie*, 1884.
- LAWRIC. — *Semaine médicale*, juin 1896.
- LEGUEU. — XIII^e Congrès de chirurgie, 1899.
- LEJARS. — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1895.

- LEVIS. — The treat. of hydr. by the infection of carbolic acid.
Boston med. and surg. Journ., 1881.
- LISTER. — *Britisch med. Journal*, 1881.
- LONGUET. — *Presse médicale*, octobre 1900.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.
- MALGAIGNE. — Médecine opératoire.
- MARTIN. — Cure radicale par le procédé de Longuet. *Anjou médical*, 1901.
- MONOD et TERRILLON. — Traité des maladies du testicule et de ses annexes.
- MARC-ARDLE. — The radical cure of hydrocèle. *Dublin Journ. of medicine*, 1887.
- PÉLICIER. — De la transposition opératoire du testicule. *Th. Paris* 1902.
- PHILIPPART. — Les trait. de la vaginalité séreuse et discussion des meilleurs modes de trait. *Arch. méd. belges*, 1902.
- PERRET. — Contribution à l'étude des trait. de l'hydr. *Th. Lausanne* 1893.
- POIRIER. — Traité d'anatomie descriptive.
- PONSARD. — Trait. de l'H. par les injections d'éther iodoformé. *Th. Paris* 1895.
- RECLUS. — *Bulletin de la société de chirurgie*, 1886. *Semaine médicale*, 1887 et 1893. *Journal de médecine*, 1889. *Mercredi médical*, 1890.
- RICHERAND. — Traité des maladies chirurgicales, 1831.
- ROCHE et SANSON. — Path. chirurgicale, 1833.
- ROMANESCO. — Manuel opératoire de l'éversion de la vaginale. *Th. Paris* 1901.
- ROUTIER. — *Revue générale de chirurgie et de thérapeutique*, 1898.
- SARROT. — Cure radicale de l'H. vaginale. *Th. Paris* 1895.
- SCHWARTZ. — Encyclopédie internationale de chirurgie, 1888.
De la cure sanglante de l'H. *Journal des Praticiens*, 1894.
- SÉBILÉAU. — *Presse médicale*, juin 1896.

SOUTHAM. — The Lancet, 1889.

TIXIER. — Complication après la ponction suivie de l'injection
iodée. *Th.* Paris 1878.

VOLKMANN. — Berlin. Klin. Wochenschr., 1876.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)
